

· 临床研究报告 ·

伪膜性小肠结肠炎 17 例临床分析

阎石, 窦运修, 孟晓晖

[摘要] 目的 探讨伪膜性小肠结肠炎(PMC)的发病机制、病因、临床表现,评价PMC的诊断、治疗及预防等方法的效果。方法 应用内镜检查、间接酶联免疫吸附试验(ELISA)对17例抗生素诱发性结肠炎患儿进行检查。停用原来抗生素,应用甲硝唑、万古霉素等药物,辅以思密达及输血浆、白蛋白等综合治疗。结果 17例均确诊为PMC,青霉素、林可霉素、先锋霉素V、红霉素为主要致病原。其中婴幼儿占发病总数的76.5%。3~5 d后缓解13例,1周后缓解3例,1例白血病患者因病情加重死亡。结论 免疫功能低下为致病重要因素。内镜检查及ELISA对该病的早期诊断具有重要价值。

[关键词] 抗生素;伪膜性小肠结肠炎;内镜

[中图分类号] R574 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1008-8830(2000)03-0217-02

我院自1992年以来,诊治抗生素诱发性结肠炎患儿17例,均确诊为伪膜性小肠结肠炎(PMC),现分析报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

17例患儿中,男10例,女7例;年龄:~3岁13例,~14岁4例。原发疾病:肺部感染9例,败血症3例,颅内感染2例,白血病1例。全组病例均有联合使用两种或两种以上抗生素药物史,其中青霉素7例次,氨苄青霉素6例次,氧哌嗪青霉素6例次,羧苄青霉素5例次,林可霉素8例次,红霉素7例次,先锋霉素V 6例次。

1.2 临床表现

14例临床症状出现于应用抗生素治疗过程4~10 d,3例出现于12~14 d,平均为6 d。17例均出现程度不等的腹泻,其中水样便12例,糊状便3例,粘液便2例,大便带血者9例,17例粪便中见有漂浮膜状物。全组病例均伴有腹痛、腹胀。发热者共15例,体温在38~39.5℃之间。

1.3 实验室检查

血常规:白细胞计数均增高,范围在 $12\sim 20\times 10^9/L$,中性分类0.7~0.8。粪常规及培养:取患者少许粪便置入生理盐水中混合,17例见有伪膜漂浮

液面,粪涂片15例具有中等量红细胞、白细胞,革兰氏染色6例阳性,普通培养无致病菌生长。

血浆白蛋白 $<34\text{ g/L}$ 者占14例,血清免疫球蛋白含量,IgG $3.2\sim 7.6\text{ g/L}$,IgA $0.03\sim 2.3\text{ g/L}$ 。间接酶联免疫吸附试验(ELISA)检测粪便12例,8例检出难辨梭状芽孢杆菌细胞毒素。

1.4 内镜检查

17例均有不同程度粘膜红斑水肿,6例于乙状结肠,7例于乙状结肠、降结肠,3例于乙状结肠、降结肠、横结肠,1例于降结肠处可见粘膜红斑水肿。其中粘膜层坏死13例中,12例见有黄白色伪膜,6例粘膜下层裸露,可见出血,3例降结肠、横结肠见有散在性溃疡糜烂。

1.5 治疗

思密达($3\sim 12\text{ g/次}$),($2\sim 3$)次/d,空腹冲服,连用7~10 d。支持疗法:转移因子口服,丙种球蛋白肌注或白蛋白静脉滴注,输血浆等。停用原来抗生素,改用万古霉素口服,每日 50 mg/kg 分4次口服。甲硝唑每日($10\sim 40$) mg/kg 静脉滴注。住室彻底消毒,隔离患者,避免交叉感染。

2 结果

参阅《实用儿科学》及《实用内科学》中伪膜性肠炎的诊断标准:根据病史及临床表现,凡粪便加入生

[作者简介] 阎石,男,1951年出生,中专,主任医师。
[作者单位] 450000 郑州,河南省郑州市急救中心

理盐水观察到伪膜漂浮其上;乙状结肠镜检查见伪膜性结肠炎改变;用间接酶联免疫吸附试验(ELISA)检查粪便上清液,难辨梭状芽孢杆菌细胞毒素阳性,符合以上三项之一者即确诊为伪膜性小肠结肠炎(PMC)^[1,2]。17例抗生素诱发性结肠炎患儿均确诊为PMC,其中~3岁占13例,~14岁4例。经停用原来抗生素,给以上述综合治疗后,全组病例分别于3~10d后,腹泻症状缓解,其中3~5d后缓解13例,1周后缓解3例,1例白血病患儿,因病情加重死亡。

3 讨论

难辨梭状芽孢杆菌(CD)广泛存在于自然界,为人体正常菌群之一,成人多不产生毒素,新生儿粪便中可检出CD细胞毒素,但因新生儿肠粘膜中缺乏该毒素受体而不致引发疾病。仅当机体应用抗生素或机体免疫力降低时,肠道内环境发生变化,从而导致伪膜性小肠结肠炎(PMC)。

临床观察表明,17例抗生素诱发性结肠炎患儿均为CD引发,发病率高达100%。显示出CD仍为PMC最常见的致病因素。研究证实,机体从外源中获得或机体内已存在有CD病菌;抗生素应用过程中机体出现菌群失调;CD产生的细胞毒素的作用及免疫力低下的婴幼儿、老年患者等为诱发PMC的主要病因^[3]。本文资料显示,婴幼儿占发病人数的76.5%,表明免疫功能低下为罹患本病的重要因素,与文献报告一致^[4]。

临床资料证实,本组发病以应用青霉素、林可霉素、氨苄青霉素、氧哌嗪青霉素、先锋霉素V、红霉素病例较多见,患者发病与用药剂量及时间无关,发病原因似与个体差异相关性较大,抗生素诱发性结肠炎患者粪便中检出伪膜者,PMC可确诊,内镜检查亦有助于确诊,粪便中未发现伪膜者,应用间接酶联免疫吸附试验(ELISA)检测,具有特异性意义,诊断价值高,且可早期发现,利于临床早期治疗及康复。

对可疑PMC病例,ELISA及内镜检查无异常发现者,亦不可轻易排除PMC可能,可按PMC给以试验治疗,观察疗效及预后。临床观察表明,思密达对于肠粘膜的修复及清除细胞毒素,具有良好的作用,疗效可靠,应用安全。

迄今为止,PMC为CD感染的最严重形式,死亡率较高,死亡原因与诊断不及时和原发病加重有关^[5~7],故临床应用抗生素过程中或停用抗生素数周内,出现不明原因腹泻,应高度警惕PMC的可能,应及时停用抗生素,并作相关检查,明确诊断,积极治疗,经综合处理后,多数PMC患者可治愈或自愈,但对于严重感染者,可更换抗生素种类,或同时加用万古霉素等药,以缓解本病症状。同时要对病房住室定期消毒,对PMC患者实施隔离,避免交叉感染。

[参 考 文 献]

- [1] 吴瑞萍,胡亚美,江载芳. 难辨梭状芽孢杆菌肠炎. 见:诸福棠实用儿科学[M]. 第6版. 北京:人民卫生出版社,1996, 1254 - 1255.
- [2] 陈灏珠. 伪膜性肠炎. 实用内科学[M]. 第10版. 北京:人民卫生出版社,1998, 1617 - 1619.
- [3] Bartlett J G. Clostridium difficile infection: pathophysiology and diagnosis [J]. Semin Gastrointest Dis, 1997, 8(1): 12 - 21.
- [4] Solana de Lope J, Aguilar E, Vinageras JJ, et al. Pseudomembranous colitis: report of four cases [J]. Rev Gastroenterol Mex, 1997, 62(2): 113 - 116.
- [5] Willingham FF, Ticona Chavez E, Taylor DN, et al. Diarrhea and clostridium difficile infection in Latin American patients with AIDS [J]. Clin Infect Dis, 1998, 27(3): 487 - 493.
- [6] Spencer RC. The role of antimicrobial agents in the aetiology of clostridium difficile-associated disease [J]. J Antimicrob Chemother, 1998, 41 Suppl: 21 - 27.
- [7] Surawicz CM, McFarland LV. Pseudomembranous colitis: causes and cures [J]. Digestion, 1999, 60(2): 91 - 100.

(收稿日期:1999 - 10 - 14 修回日期:2000 - 01 - 16)

(本文编辑:吉耕中)